

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 2 vom 16. November 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-11-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__2

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 2 du 16 novembre 2010

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 2 del 16 novembre 2010

Regeste

ACCIDENT DE LA CIRCULATION, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL}, ÉTAT DE SANTÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, RENTE COMPLÈTE, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 17 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 4

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 c. 5.1; 125 V 351 c. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal Fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008 c. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 c. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert, ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance

(ATF 132 V 376 c. 6.2; 123 V 175 c. 4b et 122 V 157 c. 1c; TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 c. 2.4).

E. 5

En l'espèce, le litige porte sur la modification éventuelle, par la voie de la révision, du droit du recourant à une rente entière d'invalidité depuis la décision de rente du 8 avril 1997, la communication du 22 avril 2002 n'étant pas pertinente pour la base de comparaison déterminante dans le temps.

E. 6

a) Selon la Classification internationale des maladies (10^{ème} révision, CIM-10, F43.1), l'état de stress post-traumatique constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique dans des souvenirs envahissants ("flashbacks"), des rêves ou des cauchemars; ils surviennent dans un contexte "d'anesthésie psychique" et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de "qui-vive" et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. b) Les Drs W._____ et B._____ observent le 5 décembre 1995 une thymie dépressive, des troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, réveils fréquents) ainsi qu'une rumination constante d'idées en relation avec le traumatisme vécu au mois de juin 1995, des céphalées quotidiennes et constantes, sourdes, de localisation bi-frontale avec irradiation à l'occiput, amenant également l'intéressé à se remémorer de manière répétitive les différents moments de l'accident, celui-ci décrivant en outre une peur importante lors de voyages en voiture. Ces praticiens indiquent que le recourant présente par ailleurs un ensemble de symptômes de type neurovégétatifs - sensation vertigineuse avec manifestation visuelle sous forme de points lumineux, phono- et photophobie non-systématisées, perte de l'appétit. Ils posent dès lors le diagnostic d'état de stress post-traumatique. De même, la Dresse G._____ note en janvier 1996 que le patient continue à se plaindre de céphalées, de fatigue, de malaises sans perte de connaissance et surtout d'insomnie, de cauchemars, de troubles de l'humeur, de fatigue qui évoquent un syndrome post-traumatique. Le 14 octobre 1996, le Dr L._____ pose également ce diagnostic tout en observant qu'à l'heure actuelle l'aspect intrusif nocturne et diurne s'est estompé, pour ne pas dire qu'il a disparu. Tout comme la Dresse G._____, il pose encore le diagnostic de syndrome post-commotionnel. Enfin, le 6 janvier 1997, le Dr C._____ indique que le syndrome post-traumatique est une atteinte invalidante actuellement, mais susceptible d'amélioration. Une rente entière a ainsi été allouée au recourant le 8 avril 1997 à cause du diagnostic d'état de stress post-traumatique. c) Dans son rapport du 6 octobre 2006, la Dresse X._____ n'a décelé aucun signe de photophobie, ni de phonophobie, ni de signe de déficit intellectuel majeur, ni d'élément de la lignée anxieuse, ni de trouble du cours de la pensée. Elle indique que la thymie est abattue, non réactive, que l'appétit est décrit comme bon, le sommeil comme excellent et que la perception de l'avenir est élaborable. Elle n'a pas constaté de sentiment

de culpabilité, ni d'anhédonie, pas d'idéation suicidaire et la fatigabilité correspond plutôt à une nonchalance. Concernant les critères d'un éventuel syndrome de stress post-traumatique, elle relève que le recourant ne se perçoit pas actuellement comme confronté à sa propre mort, qu'il n'y a pas de reviviscences répétées des événements, pas de souvenirs envahissants, pas de cauchemars, pas d'anhédonie, pas d'évitement des activités évoquant le souvenir du traumatisme (l'assuré conduit), pas de sentiment d'être sur le qui-vive ni de toxicomanie. Elle ajoute que les notions d'anesthésie psychique, émoussement émotionnel et détachement par rapport aux autres ne sont pas spécifiques et dans ce contexte, n'ont pas été attribués à un syndrome de stress post-traumatique. Les Drs F. _____ et H. _____ diagnostiquent, certes, le 6 juin 2001, un état de stress post-traumatique, l'expertise n'en décrit toutefois pas les symptômes typiques. En effet, en particulier, la reviviscence répétée de l'événement traumatique n'est pas mentionnée. Les experts indiquent que la thymie est difficile à évaluer, et qu'il n'y a pas d'idéation suicidaire verbalisée. Il y a dès lors lieu d'admettre que le diagnostic d'état de stress post-traumatique ne peut plus être retenu depuis 2001 déjà. La Dresse X. _____ a constaté, comme ses autres confrères, une mauvaise collaboration de la part du recourant. Celui-ci n'a suivi aucun traitement psychiatrique. Son médecin traitant mentionne d'ailleurs uniquement un traitement antalgique et antivertigineux. La Dresse X. _____ diagnostique une majoration des troubles physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) ou névrose de compensation, avec mauvaise collaboration et aucune attitude visant à réduire le dommage, ce diagnostic n'entraînant pas d'incapacité de travail. Le Dr D. _____ avait posé ce diagnostic sans retenir d'incapacité de travail non plus. Les Drs F. _____ et H. _____ le retiennent d'ailleurs aussi en mentionnant que l'expertise du Dr D. _____ est pertinente. Il suit de là que l'expertise des Drs F. _____ et H. _____ ne peut être suivie. Les derniers rapports du Dr I. _____, non plus, dès lors qu'ils ne sont pas motivés. En revanche, le rapport médical de la Dresse X. _____, qui procède d'une étude complète et détaillée du cas du recourant, ne comporte pas de contradictions et dont les conclusions sont claires et motivées a ainsi valeur probante et doit être suivi. Il y a en conséquence lieu d'admettre que l'état de santé du recourant s'est amélioré dès 2001, sa capacité de travail étant entière dès cette date. d) Le dossier médical étant complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction en ordonnant une expertise. La requête du recourant en ce sens doit être rejetée.

E. 7

Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.